

健康保険 被保険者 家族 出産育児 一時金 付加金 支給申請書

1 2 申請者・医師・市区町村長記入用

被保険者氏名 健保 太郎

申請内容	1 出産した者	1. 被保険者 (2) 家族 (被扶養者)		
	1 - ① 家族の場合はその方の	氏名 健保 花	生年月日	1. 昭和 2. 平成 3. 令和 60 年 6 月 6 日
	2 出産した年月日	令和 6 年 3 月 15 日		
	3 生産または死産の別	1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在		
	3 - ① 「生産」の場合出生人数	1 人	3 - ② 「死産」の場合死産児数	人
		3 - ② - (1) 「死産」の場合妊娠経過期間	満 週	
4 出産した医療機関等	名称 ○○産婦人科	所在地	福岡県○○市○○-○○	
5 出産した方	●被保険者 → 退職後6ヶ月以内の出産ですか。 ●家 族 → 当組合に加入後6か月以内の出産ですか。		1. はい (2) いいえ	
5 - ① 「はい」の場合、『保険者名』と『記号・番号』をご記入ください。 ●被保険者 → 現在加入している保険者について ●家 族 → 当組合加入前に加入していた保険者について	保険者名			
	記号・番号			
5 - ① - (1) 同一の出産について、5 - ①の保険者より出産育児一時金を	1. 受けた／受ける予定		2. 受けない	

直接支払いを利用されない場合はいずれかの証明が必要です	医師・助産師による証明の場合	出産者氏名	出生年月日	令和 年 月 日
		出生児の数 <input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 → () 児	生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 → (妊娠 週)
		上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日		
		医療施設の所在地		
		医療施設の名称		
		医師・助産師の氏名		
市区町村長による証明の場合(生産のみ)	本籍	筆頭者氏名		
	母の氏名	出生児氏名	出生年月日	令和 年 月 日
	上記のとおり相違ないことを証明する。		市区町村長名	印
	令和 年 月 日			